FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1926 — THÈSE — N° _

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Julien MURET

Né à Saint-Alban, le 26 avril 1899

L'Hyperflexion des Cuisses sur le Bassin

COMPLÉTÉE PAR

L'EXTENSION DES JAMBES SUR LES CUISSES

DANS LES ACCOUCHEMENTS DIFFICILES

Président : M. COUVELAIRE, *professeur*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & Cie, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

—

1926

LE DOYEN. . . M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	N...
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	N...
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	N...
Clinique médicale	GILBERT. BEZANÇON ACHARD. WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET. HARTMANN. LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Sans chaire	ROUVIÈRE.

II.—AGRÉGÉS EN EXERCICE

149

MM.	
RAMI . . .	Pathologie médicale.
GLAVE . .	Pathologie chirurgicale.
ERTIN. .	Pathologie médicale.
SSET . . .	Pathologie chirurgicale.
UBOUIN. .	Pathologie médicale.
NET	Physiologie.
ANCHETIÈRE	Chimie biologique.
ANCA. . .	Histologie.
ULÉ. . . .	Pathologie médicale.
SQUET. . .	Pharmacologie et matière médicale.
ADENAT . .	Pathologie chirurgicale.
AMPY. . .	Histologie.
IRAY . . .	Pathologie médicale.
ERC. . . .	Pathologie médicale.
ERRÉ	Hygiène.
le JONG . .	Anatomie pathologique.
JVOIR . . .	Médecine légale.
ALLE . . .	Obstétrique.
ESSINGER .	Pathologie médicale.
DIX.	Pathologie médicale.
ARNIER . .	Pathologie expérimentale
ARVIER. . .	Pathologie médicale.
EITZ-BOYER	Urologie.

MM.	
HOVELACQUE	Anatomie.
JOYEUX . . .	Parasitologie.
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.
LARDENNOIS	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER. .	Obstétrique.
LEMAITRE. .	Oto-rhino-laryngologie.
LEMIERRE . .	Pathologie médicale.
LÉVY-SOLAL.	Obstétrique.
LHERMITTE .	Pathologie mentale.
LIAN.	Pathologie médicale.
MATHIEU· · .	Pathologie chirurgicale.
METZGER . .	Obstétrique.
MOCQUOT . .	Pathologie chirurgicale.
MONDOR. . .	Pathologie chirurgicale.
MOURE. . . .	Pathologie chirurgicale.
MULON. . . .	Histologie.
PHILIBERT. .	Bactériologie.
RIBIERRE. . .	Pathologie médicale.
RICHET Fils. .	Physiologie.
TANON. . . .	Pathologie médicale.
VAUDESCAL.	Obstétrique
VERNE. . . .	Histologie.
VILLARET . .	Pathologie médicale.

III.—AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.	
OUGEROT .	Pathologie médicale.
UÉNIOT. . .	Obstétrique.

MM.	
RETTERER. .	Histologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
AUVRAY. . .	Clinique chirurgicale.	LÉRI	Clinique médicale.
CHEVASSU. .	Clinique chirurgicale.	LŒPER . . .	Clinique médicale.
LAIGNEL-LAVASTINE .	Clinique médicale.	PROUST . . .	Clinique chirurgicale.
LEREBOULLET.	Clinique médicale infantile.	RATHERY . .	Clinique médicale.
		SCHWARTZ .	Clinique chirurgicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé.	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.	Stomatologie.
CHAILLAY BERT	Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Je dédie ce modeste travail.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

Qu'une mort prématurée a enlevée trop tôt à mon affection et à ma reconnaissance.

A MON PÈRE

Qu'il veuille bien trouver ici un faible témoignage de ma grande reconnaissance et de mon amour filial.

A MA FEMME

Dont l'affectueuse tendresse m'a été si précieuse pendant mes dernières années d'études.

A MES BEAUX-PARENTS

Que je remercie bien vivement de toute la bonté qu'ils m'ont toujours témoignée.

A MON FRÈRE

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR COUVELAIRE

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris
Accoucheur à la Maternité de Baudelocque

En reconnaissance du grand honneur qu'il m'a fait en acceptant la présidence de ma thèse.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

MM. LES PROFESSEURS DELBET, MÉNÉTRIER ET LENORMAND

MM. LES Docteurs FLORAND, GUINON, GUILLEMOT, DEVRAIGNE

AVANT-PROPOS

Avant de présenter notre modeste travail, nous nous faisons un devoir d'adresser à ceux qui furent nos Maîtres dans les Hôpitaux et à la Faculté, le témoignage de notre respectueuse reconnaissance et de notre gratitude.

Nous tenons à remercier tout spécialement, M. le Dr Devraigne, des bonnes leçons qu'il nous a données durant le temps trop court que nous avons passé dans son service d'accouchement de l'Hôpital Lariboisière, et que nous saurons mettre à profit dans notre pratique médicale. Nous lui sommes tout particulièrement reconnaissant de l'honneur qu'il nous a fait et de l'amabilité qu'il nous a témoignée, en nous confiant la rédaction du sujet de notre thèse.

Nous n'aurons garde d'oublier notre excellent Maître M. le Dr Guinon, Médecin de l'hôpital Bretonneau, et nous le prions de trouver ici un faible témoignage de notre reconnaissance, pour l'intérêt qu'il a bien voulu nous porter et pour les sages conseils qu'il n'a cessé de nous prodiguer lors de notre stage dans son service.

Au début et pendant le cours de nos études médicales, nous avons trouvé en M. le Dr G. Cour, un ami dévoué

qui a su nous intéresser à la pratique médicale. Nous l'en remercions bien vivement et lui renouvelons l'assurance de toute notre amitié.

Nous nous efforcerons à appliquer pendant le cours de notre carrière médicale, les notions que nous avons acquises auprès de nos Maîtres dévoués et à suivre les exemples de dévouement et d'abnégation qu'ils nous ont toujours donnés.

L'Hyperflexion des Cuisses sur le Bassin

COMPLÉTÉE PAR

L'EXTENSION DES JAMBES SUR LES CUISSES

DANS LES ACCOUCHEMENTS DIFFICILES

INTRODUCTION

Les difficultés auxquelles se heurtent les accoucheurs dans la pratique journalière de leur art, les ont incités tout d'abord à faire prendre à la parturiente en travail des positions variables destinées à faciliter l'accouchement.

L'histoire des accouchements à travers les âges et chez les différents peuples, nous montre que l'imagination ne faisait pas défaut aux accoucheurs ; mais il faut bien l'avouer, l'empirisme et les préjugés leur dictaient trop souvent la conduite à tenir.

La collection des ouvrages de Witkowski, pour ne citer que cet auteur, nous permettrait une ample moisson de scènes d'accouchements, mais tel n'est pas notre but de faire un historique détaillé de la question.

Qu'il nous suffise de dire que si la position donnée à la femme en travail facilitait l'expulsion d'un fœtus normal, le résultat obtenu dans les accouchements pénibles ne répondait pas souvent aux désirs des accoucheurs ;

aussi songèrent-ils alors à extraire le produit de la conception par des moyens mécaniques.

Soranus le premier et Celse par la suite, employèrent la version podalique par manœuvres internes « pour extraire un fœtus mort dans le sein de sa mère ». Plus tard, Ambroise Paré, vers 1550 utilisa ces mêmes manœuvres pour retirer un enfant vivant.

Cependant avant lui, en 1491, un accoucheur avait pratiqué la première césarienne sur une femme vivante, dans le but d'extraire un enfant vivant (1).

Vers 1600, un accoucheur anglais, Chamberlen, construisait un appareil destiné à extraire par les voies naturelles le fœtus retenu dans l'excavation.

Enfin Sigault, en 1777, songea à agrandir les diamètres du bassin pour faciliter l'expulsion du fœtus et pratiqua la première symphysiotermie.

Malheureusement, ces diverses méthodes, utilisées un peu à tort et à travers, ne tardèrent pas à causer, elles aussi, d'amères déceptions. Le relâchement articulaire gravidique était bien connu des auteurs. M. Devraigne dans son étude sur les *Mouvements du bassin* nous dit : « Les mouvements amplifiés des symphyses pelviennes pendant la grossesse étaient bien connus des anciens. Séverin Pineau rapporte, en effet, qu'en 1572 Jacques d'Amboise put démontrer sur le cadavre d'une femme récemment accouchée, l'écartement possible des pubis qui facilite l'accouchement ; l'expérience

1. Cette opération avait été pratiquée fort longtemps avant, mais sur des femmes mortes, et la loi chrétienne prescrivait cette opération dans le but de baptiser le fœtus.

avait eu lieu devant les plus illustres praticiens de l'époque dont Ambroise Paré. Mauriceau n'admettait pas cette prétendue disjonction des os. »

Les études anatomiques ayant accompli de grands progrès, les accoucheurs recherchèrent à nouveau, s'il n'était pas possible de déterminer scientifiquement une position permettant d'augmenter d'une façon sensible les diamètres de bassins trop étroits.

Zaglas en 1851, Duncan en 1854, démontrèrent « que le sacrum peut osciller autour d'un axe passant par la 2e vertèbre sacrée. Le promontoire peut basculer en avant pendant que le coccyx recule ou bien le promontoire reculer pendant que le coccyx avance ». Crouzat en 1881 étudia et décrivit la position qui porte son nom et celui de Walcher. Il démontra qu'il était possible d'augmenter le diamètre antéro-postérieur du D. S. Il suffisait, la femme étant en décubitus dorsal et en travers du lit, de lui glisser un coussin dur sous le siège et de laisser les jambes pendantes.

En 1899, M. Bonnaire et Bué firent au Congrès d'Amsterdam un rapport sur l'influence de la position sur la forme et les dimensions du bassin. « Les genoux de la parturiente, disaient-ils, placés vis-à-vis des épaules provoquent un écartement des tubérosités ischiatiques. En portant les genoux en abduction on constate un agrandissement de quelques millimètres. »

Tous les accoucheurs furent unanimes à reconnaître les avantages que l'on pouvait retirer de la position

d'hyperflexion des cuisses sur le bassin, position prônée dans leur rapport par M. Bonnaire et Bué.

Enfin, plus près de nous en 1910, MM. Devraigne et Descomps poursuivant des études anatomiques sur des bassins de femmes enceintes décédées, virent qu'il était possible d'augmenter encore davantage le diamètre transverse bi-ischiatique du D. I., par là même, de faciliter l'expulsion du fœtus retenu dans l'excavation ou haut situé dans celle-ci.

Nous ne pouvons mieux faire que de citer ici la conclusion de l'étude de MM. Devraigne et Descomps parue dans *l'Obstétrique* de mai 1910.

« Si l'on porte les membres inférieurs d'un sujet placé dans le décubitus dorsal dans la position suivante : cuisses en flexion forcée sur le bassin, jambes en extension avec légère abduction des cuisses, on produit en plus de la nutation du sacrum une mise en tension énergique de tous les muscles internes et postérieurs des cuisses qui naissent des branches ischio-pubiennes tirent celles-ci en dehors et agrandissent ainsi le diamètre bi-ischiatique. »

L'étude de cette position fera l'objet de notre travail. Nous serons bref quant à l'exposé de l'anatomo-physiologie du bassin de la femme en état de puerpéralité. Nous tirerons seulement de l'exposé magistral fait par les auteurs de la position, qui porte leur nom, ce qu'il nous paraît indispensable de connaître pour comprendre le mécanisme de cette position. Nous illustrerons notre thèse en y adjoignant quelques observations mises obli-

geamment à notre disposition par notre Maître M. le Dr Devraigne. Mieux que tout commentaire elles nous permettront de tirer des conclusions pratiques de notre modeste étude.

CHAPITRE PREMIER

Lorsque en 1899 M. Bonnaire et Bué exposaient au Congrès d'Amsterdam leur rapport sur l'influence de la position sur la forme et les dimensions du bassin, ils attribuaient le gain obtenu au mouvement de nutation accompli par le sacrum lorsque les jambes sont hyperfléchies sur le tronc. « Ce mouvement, disaient-ils, entraîne comme corollaire la bascule des ailes iliaques en dedans et par ce fait l'écartement des tubérosités ischiatiques. »

Il appartenait à notre Maître et à M. Descomps, de démontrer que le mouvement de nutation du sacrum ne pouvait pas être seul invoqué comme cause déterminante de l'augmentation du diamètre bi-ischiatique. Une traction musculaire nette vient en effet, ajouter son action à celle provoquée par le mouvement de bascule du sacrum. Cette action est rendue encore plus importante par suite du relâchement symphysaire et du ramollissement des ligaments provoqués par la grossesse.

Dans la position hyperfléchie et en légère abduction, un seul groupe musculaire agit sur les branches ischio-pubiennes. Mais un deuxième groupe à origines ischiatiques d'une part, jambières de l'autre, demeure inuti-

lisé. MM. Devraigne et Descomps poursuivant leurs études anatomiques, constatèrent que si l'on mettait en jeu ce deuxième groupe musculaire en plaçant la jambe en tension forcée sur la cuisse hyperfléchie, l'écartement des deux ischions augmentait encore d'une façon très appréciable.

Ici se place naturellement l'étude anatomique succinte du detroit inférieur et des muscles qui viennent s'insérer sur les branches ischio-pubiennes.

Anatomie

Le détroit inférieur du bassin est constitué par une partie osseuse et une partie ligamento-musculaire.

Il est limité en avant par le bord inférieur de la symphyse pubienne, il se continue sur les côtés par les branches ischio-pubiennes, les tubérosités ischiatiques qui en constituent la partie rigide. En arrière, on trouve les grands ligaments sacro-sciatiques et le coccyx. Ces ligaments, comme nous l'avons dit, sont relâchés du fait de la grossesse; de plus, grâce à ses deux articulations — la sacro-coccygienne, et la médio-coccygienne — le coccyx peut être rétropulsé par la pression seule des forces expulsives de l'utérus transmises par la présentation.

Ainsi le diamètre antéro-postérieur du D. I. peut être accru dans une notable proportion.

Quels sont les muscles qui agissant par leur tension vont nous permettre d'augmenter le diamètre transverse trop rigide?

Nous les avons précédemment divisés en deux groupes.

Le premier groupe est constitué par les adducteurs.

a) Grand adducteur;

b) Moyen adducteur;

c) Petit adducteur.

Le deuxième groupe comprend les muscles postérieurs de la cuisse :

a) Biceps;

b) Demi-membraneux;

c) Demi-tendineux;

d) Le Droit interne.

Nous pouvons appeler le premier groupe : Groupe fémoral, et chacun de ses muscles s'insère :

a) *Le grand adducteur.* — En haut : sur le tiers moyen de la face externe de la branche ischio-pubienne; sur la face postérieure de cette branche et le tiers inférieur de la face externe et postérieure de l'ischion. De là le muscle se porte en bas et en dehors et s'insère sur le fémur par trois faisceaux qui suivent la face externe de la ligne âpre. Un tendon inférieur vient s'insérer sur le tubercule externe du condyle interne du fémur.

b) *Le moyen adducteur.* — En haut : entre l'épine et la symphyse du pubis au-dessus de l'insertion du petit adducteur. Ses fibres se portent en bas, en arrière et en dehors et s'insèrent sur le tiers moyen de l'interstice de la ligne âpre.

c) *Le petit adducteur.* — En haut : surface angulaire du pubis, en dedans du droit interne; ses fibres se dirigent ensuite en bas, en arrière et en dehors en décrivant

une torsion telle que la face externe devient postérieure, la face interne devient antérieure. Le faisceau inférieur s'insère en bas sur l'interstice de la ligne âpre.

Quant au deuxième groupe, il est à origines ischiatique sur le bassin et péronéo-tibiale sur la jambe.

a) *Le biceps.* — En haut : nous ne nous occuperons ici que du chef supérieur qui seul s'insère sur la partie supérieure de l'ischion; par un tendon qui lui est commun avec le demi-tendineux et qui se continue sur le ligament grand sacro-sciatique. Cette portion du muscle rejoint le chef inférieur et après avoir formé une seule masse musculaire ils se divisent en deux nouveaux faisceaux qui s'insèrent :

1° Le faisceau principal sur la tête du péroné;

2° L'accessoire sur la tubérosité externe du tibia.

b) *Le demi-membraneux.* — En haut : s'insère sur les trois-quarts supérieurs de la lèvre externe de la tubérosité ischiatique. Ses fibres sont réunies par une expansion fibreuse au tendon du demi-tendineux. Le muscle se porte alors en bas et s'insère par un fort tendon qui se trifurque.

1° Sur la tubérosité interne du tibia.

2° Dans le sillon sous-glénoïdien interne;

3° A la coque du condyle externe.

c) *Le demi-tendineux.* — En haut : sur une lame musculaire qui remonte sur la lèvre interne de l'ischion et sur la face interne du tendon qui lui est commun avec le long biceps. Il se termine en bas sur un long tendon qui contourne la tubérosité interne du tibia, derrière

le droit interne et s'insère sur la ligne oblique du tibia.

Enfin il nous reste un dernier muscle :

d) *Le droit interne.* — Il s'insère en haut : sur la moitié inférieure de la symphyse pubienne et le bord interne de la branche descendante du pubis. Ses fibres convergent en bas, et, unies aux fibres du demi-tendineux il s'attache sur la ligne oblique du tibia.

Physiologie

Chacun de ces groupes musculaires possède une action physiologique propre, qui nous permettra de saisir facilement le parti que l'on peut tirer de la position de MM. Devraigne et Descomps.

Normalement, pour exercer leur action, ces muscles prennent point d'appui sur leurs origines pubo-ischiatiques. Le point d'application de la force se fait donc au niveau des insertions basses, et, les cuisses et les jambes se mettent dans les attitudes propres à chacune des actions physiologiques des muscles considérés. Les adducteurs et le droit interne porteront les jambes en adduction forte pour les adducteurs, faible pour le droit interne ; biceps, demi-tendineux, demi-membraneux, détermineront une flexion énergique de la jambe sur la cuisse.

L'hyperflexion des cuisses sur le bassin augmente et facilite l'action physiologique normale en diminuant l'amplitude du mouvement.

Si par hyperflexion et abduction de la cuisse sur le

bassin nous tendons les adducteurs et que nous opposions une résistance assez énergique au mouvement physiologique normal, le point d'application de la force se fera au niveau des insertions ischiatiques.

Ce mouvement étant complété par l'extension des jambes sur les cuisses, les forces dégagées au bout du levier constitué par la jambe, seront transmises aux tubérosités ischiatiques par les muscles postérieurs mis en tension et ajouteront leur action à celle des adducteurs. Ces tubérosités ischiatiques puissamment sollicitées par ces deux forces s'éloigneront l'une de l'autre.

Mais il y a lieu de tenir compte ici d'un autre puissant muscle. Nous voulons parler du grand fessier. Quelques fibres de ce muscle s'insèrent en effet sur le coccyx et leur tension par une hyperflexion des cuisses, sans abduction, entraverait la rétropulsion du coccyx indispensable à la bonne marche de l'accouchement. L'abduction légère des cuisses empêche cette tension musculaire et ajoute ainsi une nouvelle action à celle déjà citée.

Il faudra se garder d'ailleurs d'exagérer l'abduction, car une abduction forte entraîne elle aussi une tension du grand fessier.

Le tableau suivant emprunté au mémoire de MM. Devraigne et Descomps, nous résume clairement l'action de chaque muscle. Il nous montre tous les avantages que présente la position de notre Maître sur les positions obstétricale et de la taille seules utilisées antérieurement.

GROUPES MUSCULAIRES	POSITION OBSTÉTRICALE				POSITION DE LA TAILLE				POSITION D. D.			
	FLEXION		ABDUCTION		FLEXION		ABDUCTION		FLEXION		ABDUCTION	
	Faible	Forte	Faible	Forte	Faible	Forte	Faible	Forte	Faible	Forte	Faible	Forte
Adducteurs												
Grand	— tendu	+ tendu	relâché	— relaché	— tendu	+ tendu	très tendu	— tendu	— tendu	+ tendu	très tendu	— tendu
Petit	id.	id.	peu tendus	très tendu	id.	id.	+ tendus	+ tendus	— tendus	+ tendus	peu tendus	+ tendus
Moyen	id.	id.										
Jambiers												
G. postérieur												
Biceps												
Demi-membraneux	— tendu	+ tendus	très relâchés	très relâchés	— tendus	+ tendus	relâchés	relâchés	— tendus	+ tendus	tendus	tendus
Demi-tendineux												
G. interne												
Droit interne	— tendu	+ tendu	très relâché	relâché	— tendu	+ tendu	relâché	relâché	— tendu	+ tendu	tendu	très tendu
M. postéro-externe												
Grand fessier	— tendu	+ tendu	relâché	trés relâché	— tendu	+ tendu	tendu	— tendu	— tendu	+ tendu	— tendu	tendu

Tout commentaire nous paraît superflu après le précédent tableau et comme nous l'avons déjà dit, il est clair que c'est dans la position de MM. Devraigne et Descomps en abduction légère, que l'accoucheur trouvera le meilleur rendement.

Nous avons envisagé seulement jusqu'ici la position dans ses rapports avec l'augmentation du détroit inférieur.

M. Demelin, dans une étude parue dans la *Revue française de gynécologie et d'Obstétrique* de 1922, pense que ce n'est pas là la seule action de la position. « A mon sens, dit-il, les variations des diamètres ne constituent pas l'élément principal des positions de Crouzat, de Devraigne ou obstétricale. Elles font jouer l'articulation sacro-vertébrale, les amphiarthroses lombaires et sacro-iliaques de telle sorte que l'inclinaison du détroit supérieur se modifie sensiblement. »

Que devient donc l'inclinaison du détroit supérieur lorsque la femme est placée en position hyperfléchie jambes en tension sur les cuisses?

Normalement, chez une femme debout, corps perpendiculaire au sol, le plan du détroit supérieur passant par le promontoire et le bord supérieur de la symphyse forme avec l'horizontale un angle sensiblement égal à 60°. Le plan du détroit inférieur passant par l'extrémité du coccyx et le sous-pubis, forme avec l'horizontale un angle de 11°, c'est-à-dire lui est à peu près parallèle.

Dans cette position, si nous considérons la colonne vertébrale comme sensiblement perpendiculaire au sol

l'angle formé par le plan du détroit supérieur et le rachis sera le complément de l'angle déjà considéré et égalera donc sensiblement 120° (environ 130° par suite de l'inflexion de la colonne vertébrale).

Si l'on considère la femme en décubitus dorsal et placée dans la position de MM. Devraigne et Descomps, le sacrum subit un mouvement de nutation, le pubis est entraîné en haut et l'angle de 120° tend à se réduire à 90°.

En définitive : « La position de Devraigne place le détroit supérieur dans une direction presque à angle droit, perpendiculairement par rapport à la ligne centrale de direction résultante où se combinent les forces expulsives utéro-abdominales.

En résumé, elle efface d'une manière très importante la saillie du promontoire en ce qu'elle amène la face antérieure du sacrum en continuité presque droite avec la face du rachis lombaire; autrement dit, elle rend inutile le détour que fait la tête pour doubler le promontoire. »

Cette étude préliminaire, que nous avons voulu faire aussi succincte que possible, nous a paru indispensable avant l'exposé des applications pratiques de la position D. D.

CHAPITRE II

Les accoucheurs savent que toute présentation du sommet ou de la face qui a franchi le détroit supérieur, et qui est profondément engagée dans l'excavation, doit obligatoirement être suivie de l'extraction ou de l'expulsion du fœtus par les voies naturelles. La gêne, le retard apportés à l'expulsion du fœtus — qui peuvent entraîner sa mort ou déterminer de graves lésions chez la femme — sont dûs soit à une dystocie maternelle, soit à une dystocie fœtale.

Dystocies maternelles

Nous n'envisagerons ici que les causes pathologiques entraînant une diminution des diamètres du détroit inférieur.

« Toute inflexion de la colonne vertébrale, dit le professeur Pinard, soit scoliose, soit cyphose, produite dans le jeune âge, a pour effet de relever la base du sacrum en arrière et d'amener un agrandissement dans le sens du diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur et un rétrécissement proportionnel du diamètre transverse du détroit inférieur. »

Le bassin cyphotique ou bassin en entonnoir, est celui qui présente la diminution la plus appréciable du diamètre transverse bi-ischiatique.

Le mal de Pott survenu dans l'enfance et occasionnant une cyphose dorso-lombaire ou lombo-sacrée est le plus fréquemment en cause. Cette cyphose peut d'ailleurs coïncider avec un bassin uniformément rétréci sans déformation d'aucune sorte des os du bassin.

Enfin la cyphose peut être également le fait du rachitisme; l'observation démontre alors que ces deux causes morbifiques se neutralisent et, pour nous servir de l'expression du professeur Pinard, « l'une joue par rapport à l'autre le rôle de lésion compensatrice. »

La scoliose avec rachitisme survenue dans l'âge adulte peut, mais plus rarement, déterminer une diminution du diamètre transverse bi-ischiatique.

Le rachitisme seul, peut provoquer lui aussi, un rétrécissement transversal du bassin portant uniquement sur le diamètre transverse du détroit inférieur. Salles, dans sa thèse sur les « Bassins rachitiques transversalement rétrécis », cite plusieurs observations de cas, rares il est vrai, où le bassin rachitique « simulait le bassin en entonnoir cyphotique, les diamètres du détroit supérieur étant à peine diminués sinon pas du tout. »

Nous citerons pour mémoire, l'auteur autrichien Fleischmann, qui avait fait une classe spéciale de ces bassins et les appelait : « bassins infundibuliformes simples ».

Là ne sont pas seulement les seules formes de bassins présentant une diminution du diamètre transverse

du détroit inférieur. Les bassins ostéomalaciques de Nœgele, de Robert (etc.) sont eux aussi atteints de viciations portant sur le détroit inférieur. Ces viciations sont trop importantes pour permettre à un fœtus normal de passer dans la filière pelvi-génitale, en dépit de tous les artifices employés.

Il est une dernière variété de bassins pour lesquels l'accouchement est toujours long et pénible : c'est dans le cas où le bassin est généralement rétréci. Cette variété permet un engagement relativement aisé du fœtus — lorsque le bassin n'est pas trop rétréci ou l'enfant trop développé — mais l'expulsion est le plus souvent assez longue et pénible. Toute condition permettant d'augmenter les diamètres du détroit inférieur agira donc en facilitant le dernier temps de l'accouchement.

Les lésions considérées dans l'énumération rapide que nous venons de faire, varient avec chaque cas particulier. Telle femme présentera une viciation minime du bassin pour une cyphose compensée par des lésions rachitiques, et telle autre aura son détroit inférieur notablement diminué pour une cyphose moins exagérée.

Il est superflu d'ajouter que tout accoucheur désireux de s'éviter de nombreux ennuis doit, dans tous les cas, pratiquer la pelvimétrie interne et externe pour se rendre compte aussi exactement que possible, de l'état du bassin de la parturiente qui se confie à lui. Des accidents, désastreux parfois, auraient été évités si certains praticiens n'avaient par trop méconnu ces règles d'élémentaire prudence. Dans quelques autres circonstances la mensuration du bassin aurait permis à l'accoucheur

de s'abstenir d'interventions sanglantes quelquefois graves, toujours désagréables.

(Nous sommes loin de prétendre que la position d'hyperflexion des cuisses sur le bassin avec extension des jambes, utilisée dans tous les cas de rétrécissement du détroit inférieur, dispenserait le praticien de recourir à d'autres moyens d'extraction du fœtus).

En pratique, on admet que l'accouchement d'un enfant normal à terme est impossible lorsque le diamètre bi-ischiatique est inférieur à 7 centimètres — normalement ce diamètre est de 11 centimètres. — La position de MM. Devraigne et Descomps permettant d'augmenter le diamètre transverse bi-ischiatique de 15 à 20 millimètres environ, on pourra considérer comme encore praticable un bassin à diamètre inférieur à 7 centimètres.

Ce gain assez important de 15 millimètres ne peut être négligé par l'accoucheur, d'où la nécessité pour lui de la mensuration, et, un premier avantage de la position étudiée.

Mais, nous l'avons vu précédemment, la position n'agit pas seulement sur le diamètre transverse; elle détermine avec cela une élévation de l'arc antérieur du bassin.

Tous les accoucheurs savent combien cet arc antérieur est gênant dans une prise de forceps sur une tête en transverse haut placée dans l'excavation. Le mouvement accompli par cet arc antérieur dans la position de la taille complétée par l'extension des jambes facilite cette prise, et, dit Demelin : « atténue ou supprime pendant l'applica-

tion du forceps les heurts et frottements qui blesseraient la tête en contact rude avec l'arc antérieur. » Nous ajouterons qu'elle diminue dans ces cas là, et d'une façon très sensible, la douleur maternelle, comme il nous a été donné de le constater lors d'une intervention réalisée par notre Maître et dont nous rapportons l'observation plus loin.

Dystocies fœtales

La constitution physique anormale de la mère ne peut pas toujours être invoquée dans les accouchements pénibles ou longs. Il est des cas où le praticien doit penser à un fœtus exagérément développé, tel qu'on le rencontre chez la diabétique, par exemple, ou chez la multipare suralimentée pour ne citer que celles-là.

Nous n'envisagerons pas ici les dystocies d'origine pathologique : hydrocéphalie, encéphalocèle, gros foie, tumeurs dystociques, etc. — qui peuvent permettre l'expulsion d'une partie du fœtus et entraver la fin de l'accouchement. Ces causes sont pour la plupart incompatibles avec la survie de l'enfant lorsqu'il n'est pas déjà mort. Avant la fin de l'accouchement il est aisé de recourir alors à des manœuvres destinées à réduire le volume du fœtus ou de la partie dystocique qui le retient encore.

L'accouchement d'un gros enfant par une femme normale pourra se trouver retardé soit par le passage de la tête, soit par le passage des épaules.

Les diamètres fœtaux sont normalement :

1° *Les antéro-postérieurs*

a) Occipito-mentonnier	13 cm.
b) Sus-occipito-mentonnier	13 cm. 1/2
c) Occipito-frontal	12 cm.
d) Sous-occipito bregmatique	9 cm. 1/2
e) Sous-occipito frontal	11 cm.
f) Sous-mento bregmatique	9 cm. 1/2
g) Fronto-mentonnier	8 cm.

2° *Les diamètres transverses*

a) Bi-pariétal (transverse maximum)	9 cm. 1/2
b) Bi-temporal	8 cm.

Par suite du mécanisme même de l'accouchement seuls les diamètres transverses nous intéressent. Chez un gros enfant, ces diamètres peuvent être notablement augmentés et malgré la réduction que le chevauchement des os du crâne permet, ils peuvent entraver encore l'accouchement.

Le gain que l'on pourra faire obtenir au diamètre transverse bi-ischiatique par la position de MM. Devraigne et Descomps facilitera l'expulsion du fœtus. De plus, comme l'a démontré M. Demelin, par suite du mouvement du bassin, toutes les forces vives de l'utérus seront utilisées à l'expulsion du fœtus, qui n'emploiera pas une partie de ces forces à vaincre les résistances osseuses maternelles.

A cette première cause nous en ajouterons une deuxième non moins importante : la dystocie créée par les épaules. Normalement le diamètre bi-acromial

atteint environ 11 centimètres. Des diamètres de 13-14 centimètres ne sont pas rares et rendent le dernier temps de l'accouchement pénible et même dangereux.

Le dégagement des épaules se fait en effet suivant le diamètre antéro-postérieur du détroit inférieur et suivant le diamètre bi-acromial. Le mouvement d'élévation accompli par l'arc antérieur permettra d'abaisser plus facilement l'épaule antérieure, puis d'extraire le membre postérieur, il agira encore en augmentant tous les diamètres du détroit inférieur.

Les observations, que notre Maître M. le Dr Devraigne a bien voulu nous confier, et nous l'en remercions encore vivement, trouvent naturellement leur place ici.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Mme V. P... primigeste de 22 ans. Entre dans le service le 28 novembre 1925 à 13 heures.

Interrogatoire. — La parturiente a toujours bien marché depuis l'âge de 11 mois et ne présente aucun antécédent pathologique.

Elle a été réglée à 14 ans, ses règles ont toujours été douloureuses mais régulières.

Gestation actuelle. — Dernières règles : du 10 au 18 février.

Gestation suivie à Boucicaut.

Bassin généralement rétréci, grossesse sans accidents.

Les premières douleurs sont ressenties à 8 heures et à 13 heures la parturiente entre à Lariboisière.

Examen de la sage-femme de garde :

A l'admission dans la salle de travail on constate que la tête est très élevée, le dos est à droite.

Le toucher montre que la dilatation est de 5 francs, les membranes sont intactes. Bruits du cœur fœtal bons.

Bassin : On est frappé par un faux promontoire sacré facilement accessible avec une concavité sacrée très prononcée.

La poche des eaux (en imminence de rupture) remplit le bassin et rend la mensuration très difficile.

On a l'impression d'un bassin à césarienne.

A 15 h. 30 : Rupture spontanée de la poche des eaux. La tête affleure alors le 2e parallèle. Le sommet se présente en O. I. D. P. La dilatation est complète.

A 16 h. 30 : la femme fait des efforts expulsifs .

L'auscultation des bruits du cœur fœtal fait entendre des bruits sourds, on décide alors une application de forceps.

La prise est faite sur tête en O. I. D. A. à la partie moyenne de l'excavation. L'extraction de la tête est faite alors facilement mais les épaules sont retenues et le dernier temps de l'accouchement est pénible.

La parturiente est mise alors en position D. D. et on extrait aisément un enfant vivant de 3.850 grammes.

OBSERVATION II

Mme B... primigeste de 29 ans sans antécédents personnels. A marché à 1 an et a été réglée à 13 ans.

Gestation actuelle : Non suivie.

Dernières règles du 15 au 18 mars 1925.

Entre à l'hôpital le 20 décembre.

Examen : On est frappé par la petite taille (1 m. 45) de la parturiente. Au toucher le promontoire est senti à 10 cm. 5.

A 10 heures : Rupture spontanée des membranes.

A 22 heures : Apparition des premières douleurs.

Bruits du cœur sont bons.

21 décembre. — 0 h. 15 : Dilatation : comme 50 centimes. Tête peu mobile. Douleurs espacées.

11 h. 30 : Tête ne déborde pas. Bonnes contractions utérines. La dilatation a peu avancé.

17 heures : Arrêt des contractions. Dilatation 5 francs. Bruits du cœur bons.

22 décembre. — 12 h. 15 : Sommet fixé. Dilatation grande paume. Les contractions utérines ont repris.

23 décembre. — 10 heures : Cathétérisme est pratiqué pour évacuer la vessie la malade n'urinant pas.

11 h. 30 : Dilatation complète. Sommet profondément engagé. Bruits du cœur bons. On décide une application de forceps. Application de forceps Tarnier sur G. T. très difficile. On met la parturiente en position D. D. et les cuillères peuvent être mises alors très aisément en place. L'extraction se fait alors rapidement d'une fille pesant 3.240 gr.

Durée du travail : 62 heures.

Diamètres de la tête : B. P. 9 cm.; B. F. 7 cm. 8; O. F. 11 cm. 6; S. O. B. 9 cm. 6; O. M. 14 cm. 1.

OBSERVATION III

Mme S... première geste de 19 ans.

Réglée à 14 ans sans antécédent pathologique.

Gestation actuelle: Dernières règles du 1er au 4 mars 1925.

Gestation suivie à Lariboisière se poursuit normalement. On constate que les branches ischio-pubiennes sont très rapprochées.

Premières douleurs le 13 décembre à 3 heures.

Entre dans le service à 7 h. 45.

Examen. — Présentation du sommet en O. I. G. A. Tête fixée. Dilatation complète. Membranes intactes.

8 heures : Rupture artificielle des membranes. Efforts d'expulsion. La présentation descend mais les bosses pariétales ne peuvent franchir les branches ischio-pubiennes très rapprochées. Les bruits du cœur se modifient. La parturiente est mise alors en position D. D. et pour hâter l'expulsion de l'enfant qui souffre on applique le forceps Demelin. L'accouchement se termine très facilement.

Fille pesant 3.360 grammes.

OBSERVATION IV

Mme C... primipare de 25 ans.

A marché à 11 mois. Bien réglée depuis l'âge de 12 ans.

Gestation : Dernières règles 30 mars au 4 avril 1925.

Premier examen fait à l'hôpital Rosthchild montre un bassin généralement rétréci. Grossesse évolue normalement.

Entrée dans le service le 2 janvier 1926.

Début du travail, 22 h. 30. Rupture précoce de la poche des eaux. Examen de la sage-femme : S. I. G. A. décomplété mode des fesses. Enfant vivant. Dilatation 1 franc.

Membranes rompues. Contractions tous les quarts d'heure.

3 janvier. — 8 heures : Dilatation 5 francs.

16 h. 30 : Dilatation petite paume. B. du C. bons.

4 janvier. — 1 heure : Dilatation complète. Présentation haute. Efforts expulsifs.

3 heures : Bruits du cœur se modifient, l'interne est appelé, la parturiente mise en position obstétricale. On tente l'extraction podalique. Les membres inferieurs et le tronc sont successivement amenés à la vulve. Les bras sont relevés de chaque côté de la tête. En dépit des efforts faits pour abais-

ser les épaules et les membres supérieurs ceux-ci ne peuvent être amenés à la vulve.

La parturiente est mise en position D. D.

Le bras postérieur, puis le bras antérieur sont alors très facilement extraits et l'accouchement se termine par une extraction de la tête par la manœuvre de Champetier de Ribes et par Mauriceau. L'enfant né en état de mort apparente pèse 3.200 grammes et est ranimé après 2 h. 1/2 de soins.

OBSERVATION V

Mme P... primigeste de 24 ans.

A marché à 14 mois, a été réglée à 17 ans très irrégulièrement. A noter une hernie crurale gauche survenue au début de la grossesse.

Gestation : Non suivie. La parturiente ne se rappelle pas la date de ses dernières règles.

Entre le 5 janvier 1926 pour douleurs légères et perte de glaires sanguinolentes.

Examen à 5 heures. Grossesse près du terme. Excès de liquide, tête en bas mobile ne débordant pas. Dos à gauche. Enfant vivant.

Toucher : Face antérieure du sacrum facilement accessible (1). Bassin généralement rétréci.

Dilatation lenticulaire.

6 janvier. — Douleurs rares. Dilatation n'a pas progressé.

7 janvier. — 18 heures. Tête fixée tangente à la symphyse.

1. Ischions très saillants.

Bruits du cœur normaux. Membranes rompues. Dilatation 1 franc.

22 heures. — Tête fixée qui s'engage. Dilatation 2 francs.

Par la suite on constate la progression de l'engagement par le palper.

8 janvier. — 8 h. 10. Dilatation complète. Tête appuie sur le périnée. La femme est invitée à pousser.

10 h. 45 : La tête n'a pas progressé. M. Devraigne décide alors une application de forceps Tarnier en G. A.

La rotation est très difficile aussi la femme est-elle placée en position D. D. qui facilite la rotation et l'extraction d'une fille née étonnée pesant 3.550 grammes.

OBSERVATION VI

Mme L... primigeste de 18 ans.

A marché à 15 mois; a été réglée à 13 ans et demi.

On ne relève aucun antécédent pathologique héréditaire ou personnel.

Gestation : Suivie à Lariboisière.

Dernières règles le 14 octobre 1924.

Le premier examen a montré un promontoire accessible à 10 cm. 7 : Ischions rapprochés. Bassin généralement rétréci.

La femme entre à l'hôpital le 22 juillet à 11 heures.

Le sommet est d'aplomb, déborde légèrement. Dos à gauche. Enfant vivant. Le col est en voie d'effacement. Membranes intactes. On place une ceinture eutocique.

19 heures : Le col est effacé, la tête déborde toujours légèrement.

23 juillet. — 4 heures : Rupture spontanée de la poche des eaux. Bruits du cœur sont bons. Au palper on constate que la tête est fixée.

9 heures : Dilatation complète. Sommet en D. I. G. A.

Pas d'efforts expulsifs. A 14 heures la tête apparaît à la valve.

14 h. 55 : La tête se dégage spontanément mais les épaules retiennent le fœtus qui en dépit des efforts ne peut être extrait. La parturiente est mise alors en position D. D. et l'accouchement se termine aisément. Le diamètre Bi-T. : 9 cm. 2; Bi-acro : 14 cm.; pour une fille de 3.750 grammes.

OBSERVATION VII

Mme T... primigeste 18 ans.

Entre à la salle de travail le 17 décembre après avoir passé 12 jours dans le service où l'on constate un petit bassin.

Ses dernières règles sont du 10 mars et la gestation n'a pas été suivie.

Le 17 décembre les premières douleurs se font sentir à 15 heures. A 17 heures la dilatation est comme 1 franc et à 21 heures les membranes se rompent. Les contractions utérines sont très douloureuses.

18 décembre. — 10 heures : La dilatation est comme une petite paume et reste stationnaire jusqu'à 22 h. 30.

Les bruits du cœur se modifiant on décide alors une incision du col et on essaye une application de forceps. Une branche du forceps — la gauche — est introduite assez facilement il n'en est pas de même pour la branche opposée qui

ne peut être finalement introduite aisément que la parturiente placée en position D. D.

L'accouchement se termine alors facilement la femme étant remise en position pour le dégagement des épaules. Fille pesant 3.700 grammes.

OBSERVATION VIII

Mme C... VIIIe geste 36 ans.

A fait 4 accouchements normaux et 3 avortements.

A toujours mis au monde de gros enfants : 5.250 grammes, 6.000 grammes et 6.000 grammes.

Gestation actuelle : Suivie à Lariboisière.

Dernières règles fin septembre 1922.

Les examens successifs indiquent une grossesse normale.

La parturiente a présenté ses premières douleurs le 4 mai à 16 heures. La dilatation est complète à 20 h. 40 et la poche des eaux se rompt spontanément.

A 20 h. 45 : Accouchement spontané. Sommet en O. I. G. A.

Dégagements en O. P. Mais il y a dystocie des épaules et l'accouchement ne peut être terminé sans lésions qu'après avoir placé la parturiente en travers du lit en position D. D. Enfant vivant 4.650 grammes.

Diamètre bi-acromial 14 cm. 5.

OBSERVATION IX

Mme L... IVe geste de 29 ans, 3 accouchements normaux. Aucun antécédent pathologique.

Gestation actuelle : Non suivie.

Dernières règles 8 au 13 août 1923.

Entre à l'hôpital le 30 mai et à son arrivée on constate une tête en bas mobile au-dessus du D. S. Dos à gauche Le col est dilatable comme 2 francs. Membranes intactes.

A 14 h. 15 : Rupture spontanée de la poche des eaux. Dilatation complète.

A 15 h. 15 : Accouchement spontané en O. P. mais le dégagement des épaules ne peut se faire et la femme est mise en position D. D. Il se termine rapidement et l'on extrait un fœtus de 5.300 grammes avec un bi-acro de 14 cm. 5.

OBSERVATION X

Mme V... IIIe geste de 23 ans.

Entre pour menace d'accouchement prématuré à 7 mois.

Deux premières grossesses normales. Enfants décédés par la suite à 8 mois et demi de maladie.

Grossesse actuelle : Non suivie jusqu'à son entrée à l'hôpital le 11 juin 1924. Pas de pertes sanguines.

A l'examen on trouve une tête mobile au détroit supérieur. Le dos est à gauche, l'enfant est vivant et la tête tend à se mettre dans la fosse iliaque droite. Bassin paraît normal. Le col est en voie d'effacement.

Passe à la salle de travail le 11 juin à 2 h. 30.

La dilatation est complète, les membranes intactes. La tête semble déborder la symphyse, l'enfant est vivant.

3 h. 30 : La poche des eaux tendue bombe à la vulve. Au-dessus on sent la tête en O. I. G. A., elle semble incomplètement fléchie mais bien fixée et elle paraît s'engager.

Les bruits du cœur sont bons.

A 4 heures : la poche des eaux se rompt et la tête apparaît à la vulve. A 4 h. 10 : accouchement spontané en O. P. Circulaire lâche autour du cou. Le dégagement des épaules est difficile et la parturiente est mise en position D. D. L'expulsion se fait alors facilement et on a un enfant vivant de 4.240 grammes.

OBSERVATION XI

Mme R... IV geste de 37 ans.

Trois premiers accouchements à terme, enfants gros pesant 4.500 et plus. Deux décédés.

Grossesse actuelle : Suivie à Lariboisière.

Dernières règles le 24 septembre 1923.

Douleurs commencent le 22 juin 1924. La parturiente entre alors à l'hôpital. Puis les douleurs cessent.

Le 27 juin à 17 heures : Apparition des premières douleurs.

L'examen de l'interne à 18 h. 30 montre une poche des eaux volumineuses, une dilatation comme 5 francs, on pose une ceinture eutocique.

Le 28 juin à 6 heures : Rupture spontanée de la poche des eaux. La tête est en bas et se fixe. Bruits du cœur bons.

9 heures : La femme fait des efforts expulsifs.

A 9 h. 30 : L'accouchement se fait spontanément mais le degagement des épaules nécessite la mise de la femme en position D. D. Accouchement d'un enfant pesant 4.970 grammes.

Bi-acromial 14 cm. 5.

Bi-pariétal 10 cm. 4.

Bi-temporal 9 cm.

OBSERVATION XII

Mme Th... primigeste de 22 ans. La grossesse évolue normalement et elle est suivie à Lariboisière.

Dernières règles du 26 au 28 mars 1925.

La femme entre à l'hôpital le 29 décembre. La tête est en bas mobile, le dos à gauche, l'enfant vivant. On constate un promonto-pubien de 10 centimètres.

Bassin rétréci surtout au niveau du diamètre bi-ischiatique.

Le 27 janvier 1926 à 1 heure, apparaissent les premières douleurs.

A 8 heures : La femme est admise à la salle de travail. Le sommet est d'aplomb au détroit supérieur débordant légèrement. Dos à gauche. Dilatation petite paume. Les membranes sont intactes.

8 h. 45 : Les douleurs étant fréquentes on fait un centigramme de morphine.

A 10 h. 45 : La parturiente présente des douleurs subintrantes, la dilatation est stationnaire. Les membranes intactes. On a l'impression que la tête passera.

A 11 heures : M. Devraigne fait un examen.

La dilatation est à grande paume, le sommet est d'aplomb, les membranes intactes.

A 11 h. 55 : Rupture d'une poche amnio-choriale. La dilatation est complète, on rompt artificiellement la poche des eaux. La tête s'applique bien sur l'aire du détroit supérieur. Bruits du cœur bons.

15 heures : Contractions très fréquentes; pas de progre s

sion de la tête. Anneau de contraction au niveau de l'ombilic.

A 19 heures : Les bruits du cœur sont à 110. La tête au détroit supérieur en G. T. On tente une application de forceps qui est rendue impossible par la présence de la symphyse et des branches ischio-pubiennes sur lesquelles la branche antérieure vient buter.

A 22 heures : Les bruits du cœur sont à 80 un peu arythmiques.

28 janvier. — 4 heures : Tête paraît être descendue un peu.

Bruits du cœur bons.

12 heures. — M. Devraigne réexamine la femme.

Le sommet est toujours en G. T. à la partie haute de l'excavation. Il décide une application de forceps.

La branche postérieure est très aisément mise en place.

La difficulté pour la pose de la branche antérieure persiste. La parturiente est mise en position D. D. On peut alors très aisément effectuer la mise en place de cette branche rotation et descente s'effectuent avec facilité. L'accouchement se termine alors rapidement la femme étant toujours maintenue en position. A 12 h. 10 on extrait un garçon né vivant, pesant 4.080 grammes.

Les diamètres B. P. 9 cm. 5; B. T. : 8 cm. 3 ; bi-acromial 14 cm. 5.

Nous n'avons pas cru devoir citer un plus grand nombre d'observations qu'il nous aurait été aisé de trouver dans le service de notre Maître. Nous avons choisi, parmi de très nombreuses autres, celles qui nous

paraissaient devoir illustrer le plus utilement notre modeste travail. Elles suffisent d'ailleurs amplement à démontrer combien le praticien peut attendre de services de la position de MM. Devraigne et Descomps.

Elle lui évitera dans bien des cas d'avoir recours à des manœuvres sanglantes jugées auparavant indispensables. Elle lui permettra de hâter une expulsion lente qui peut mettre en péril la vie du fœtus.

Elle lui sera toujours d'un précieux secours lorsqu'il sera appelé à terminer par une application de forceps un accouchement long et pénible.

CHAPITRE III

Nous ne saurions passer à la conclusion de notre étude sans donner quelques indications techniques pour la mise en position de la femme.

Technique

Le lit est préparé comme pour un accouchement ordinaire et la parturiente mise en travers du lit. Deux aides sont nécessaires pour maintenir la parturiente dans la position. Chacun des aides se met sur un des côtés de la femme de façon à ne pas gêner l'accoucheur. Les aides empaument alors d'une main la face antérieure de la cuisse au-dessus de la rotule. L'autre main saisit le talon qu'elle maintient solidement. La jambe est alors mise en extension forcée sur la cuisse et celle-ci fléchie au maximum sur le bassin. Les deux mouvements sont complétés par une légère abduction des deux membres.

De Jonge a essayé de remplacer les aides par des liens attachés au niveau des malléoles et tenus par la femme elle-même ou par un aide placé en arrière de la femme. Cette méthode nous paraît présenter deux inconvénients : d'abord la patiente se fatigue rapidement et

les jambes ont tendance à se fléchir sur les cuisses donc les muscles se relâchent; de plus les jambes se portent naturellement en abduction forcée, ce qui a pour résultat nous l'avons dit de tendre le grand fessier et de diminuer le diamètre antéro-postérieur.

Deux aides nous paraissent donc indispensables pour maintenir la femme en position, car comme le dit M. Demelin : « si la tête est descendue sur le plancher périnéal il faut opérer la rotation du dégagement avec le moins de force possible.

« La résistance de l'arc antérieur luttant contre la vis *a tergo* facilite cette rotation. Il est donc utile de remettre alors la femme en position obstétricale jusqu'à rotation de la tête pour reprendre la position D. D. lorsque l'on va réaliser le dégagement. » Il est dans ces conditions plus facile à l'accoucheur d'indiquer à ses aides les mouvements à faire sans interrompre son travail, chose qu'il serait obligé de faire au cas où la parturiente elle-même exercerait la traction sur des lacs.

On ne peut compter comme inconvénient de la position, la nécessité de ces deux aides, ils sont tout aussi nécessaires dans bien d'autres cas, — forceps par exemple — et même à la campagne on les trouve toujours aisément.

Un grief plus important peut-être formulé et que nous n'aurons garde d'oublier : c'est la fatigue très grande qu'impose à la femme la position D. D. On ne peut la maintenir que pendant un laps de temps relativement court, toujours suffisamment long tout de même pour permettre un effet vraiment utile. Cette

fatigue d'ailleurs disparaît rapidement par le repos que la femme doit malgré tout garder après l'accouchement.

Ce seul grief ne peut suffire à faire rejeter la position Devraigne-Descomps qui est appelée à rendre les plus grands services et qui gagnerait à être connue par les médecins et les sages-femmes.

CONCLUSIONS

La position de la taille complétée par l'extension des jambes — dite position de Devraigne-Descomps — par la mise en tension de tous les muscles postéro-adducteurs des cuisses, qui complète l'écartement produit par la bascule des os iliaques sous l'influence du mouvement de nutation du sacrum, agrandit le diamètre bi-ischiatique de 15 à 20 millimètres. Le bi-sciatique est également agrandi.

En même temps, grâce à la flexion de la colonne vertébrale on obtient un redressement de l arc antérieur du bassin.

Cette position sera utilisée dans tous les cas où il y a intérêt à réaliser ces conditions : bassins cyphotiques, dégagement du front en transverse, dystocie des épaules — surtout en transverse — gros enfants, rotation difficile des postérieures, application de forceps dans l'excavation.

Vu : le président de la thèse,
COUVELAIRE

Vu : le Doyen,
ROGER

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris,
LAPIE

BIBLIOGRAPHIE

Bar-Brindeau-Chamberlent. — Etude des positions par Devraigne et Keiffer, t. I.

Bonnaire et Bué. — Rapport au Congrès d'Amsterdam de 1899 sur l'influence de la position sur la forme et les dimensions du bassin.

Brindeau. — Détroit moyen obstétrical. Thèse, 1896.

Choisil. — Vices de conformation du bassin au point de vue du rétrécissement du diamètre transverse du detroit inferieur. Thèse, 1878.

Cornu. — De l'agrandissement du diamètre bi-ischiatique dans les accouchements dystociques des détroits moyen et inférieur par la position de la taille complétée par l'extension des jambes. Thèse, 1912.

Demelin. — *Revue française de Gynécologie et d'Obstétrique*, mai 1922.

Demelin et Devraigne. — Manuel de l'accoucheur.

Devraigne et Descomps. — Etudes anatomiques du bassin de la femme.

— La position de la taille complétée par l'extension des jambes sur les cuisses. (Journal l'*Obstétrique*, de février à mai 1910).

Salle. — Bassins rachitiques transversalement rétrécis. Thèse, 1898.

7029 - Imp. de la Faculté de Médecine Jouve et Cie, 15, rue Racine, Paris (3-26)

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

1 acht